



2. SERVIZI DI PREVENZIONE

110

Salute e Assistenza

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini, in tutte le Regioni, e che:

(d) intraprenda programmi di difesa e sensibilizzazione destinati a scuole e famiglie, che sottolineino l'importanza dell'attività fisica, di abitudini alimentari e stili di vita sani, incluso il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, e aumenti il numero di ore e la qualità dell'educazione fisica nei curricula delle scuole primarie e secondarie.

CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. d)

Nell'infanzia le condizioni di salute sono influenzate dalle condizioni socio-economiche e da comportamenti e relazioni dei genitori o degli adulti che si prendono cura dei minori. Poiché le condizioni di salute nell'età dell'infanzia influenzano fortemente le successive condizioni di salute dell'età adulta, la prevenzione e la promozione della salute nelle fasi precoci della vita dei bambini dovrebbero essere fortemente sostenute. Similmente, anche gli interventi nell'età adolescenziale, soprattutto in merito alla salute riproduttiva, acquistano in ottica preventiva una grande efficacia⁹.

Dopo 25 anni dalla ratifica della CRC, **in Italia esistono ancora differenze territoriali rilevanti nell'accesso ai servizi**, così come persistono disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione, determinate dalle condizioni socio-economiche e dalla nazionalità.

L'attenzione alle disuguaglianze è presente in quasi tutti i Piani Nazionali: sia nel Piano Sanitario 2013, sia in quello della Prevenzione (2014-2018) nonché nel IV Piano Nazionale d'azione per l'Infanzia. Tuttavia, appare evidente quanto sia ancora fortemente critico il rapporto tra Stato centrale e Regioni e come **il diritto alla salute sia lontano dall'essere garantito in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale**. Il difficoltoso accesso alla prevenzione, come nel caso delle vaccinazioni o dei tumori femminili, il ritardo nell'accesso ai servizi sanitari diagnostici e terapeutici sono tutti esempi di disuguaglianze, tra Nord e Sud del Paese, non ancora superate¹⁰.

Così come appare evidente la difficoltà con cui la sopraggiunta consapevolezza culturale della prevenzione faccia fatica a tradursi in coerenti assetti organizzativi a livello centrale, per la mancanza di un coordinamento efficiente interministeriale, e a livello territoriale, dove si è avuto in questi anni di crisi economica un forte arretramento quali-quantitativo dei servizi. Un esempio su tutti: quello dei **Consultori Familiari** che stanno vivendo un impoverimento complessivo, di mandato e di personale, che rischia di azzerare un patrimonio che da oltre 40 anni si è posto al servizio delle famiglie. Auspichiamo quindi che l'azione prevista nel IV PNI, in merito al "Potenziamento e riqualificazione della rete dei Consultori Familiari contemplando un organico di personale adeguato alle esigenze e adeguati livelli di servizio", possa essere effettivamente implementata.

La stessa politica dei LEA, se messa in rapporto con il riconoscimento e il rispetto dei diritti e propriamente del diritto alla

⁹ Si veda il progetto "Pensiamoci prima" dell'Alessandra Lisi International Center on Birth Defects and Prematurity (ICBD) per la promozione del counseling preconcezionale: <http://www.pensiamociprima.net/disclaimer.html>

¹⁰ Cfr. OECD, *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance->

2013.pdf Si veda anche la ricerca finanziata dalla Fondazione Smith Kline: Costa G. et Al. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in Sanità*, Franco Angeli, Milano 2014 - https://www.francoangeli.it/Area_PDFDemo/535.55_demo.pdf



salute, appare fortemente condizionata dai fattori economici, tanto da risultare fallimentare nel caso delle Regioni sottoposte “al rientro”¹¹.

La promozione della salute impone il coordinamento dell’azione di tutti gli organismi interessati: i governi centrali e locali, i settori sanitari, sociali ed economici, il Terzo Settore, l’industria e i mezzi di comunicazione. Il problema riguarda tutti – indipendentemente dalla loro condizione – sul piano individuale, familiare e comunitario.

Percorso nascita

Tra le priorità del Servizio Sanitario Nazionale c’è senz’altro la **tutela della donna, durante tutto il percorso nascita** (dalla fase preconcezionale al puerperio), e del nascituro. Elementi critici in questa fase sono: la razionalizzazione dei punti nascita¹², in via di realizzazione, anche se tardiva; la riduzione dei parti cesarei; la necessità di un registro delle gravidanze, presso i distretti socio-sanitari, che permetta il contatto del sistema sanitario con le future madri. Tale registro territoriale è la premessa per il buon funzionamento e l’integrazione dei servizi di primo livello (consultori familiari, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), di secondo livello (poliambulatori distrettuali e ospedalieri) e di terzo livello (centri nascita, secondo complessità).

È necessario potenziare fortemente la funzione di contatto-accoglienza, per contrastare la carenza di informazioni e di conoscenze tra le donne, in particolare tra le madri con bassa istruzione o straniere, e la scarsa frequenza dei corsi di

preparazione alla nascita (30%¹³ delle frequenze disponibili), con marcate differenze a seconda delle aree geografiche e dei livelli di istruzione. In tal senso, costituisce un’interessante prospettiva l’iscrizione delle gestanti alle “Maternità” pubbliche o private (Distretto, Consultorio, Punto nascita)¹⁴, fin dal momento del concepimento.

Un altro tema complesso che merita attenzione, e che viene considerato un indicatore eloquente di diversi aspetti del benessere altrimenti difficili da cogliere, è il **tasso di maternità adolescenziale**. Il parto in età troppo giovane mette a repentaglio il benessere del bambino e della madre. Quest’ultima è esposta a un più alto rischio di abbandonare la scuola, di rimanere disoccupata e di trovarsi in condizioni di povertà e di dipendenza dallo stato sociale, contribuendo così al perpetuarsi di situazioni di svantaggio. Anche il bambino corre rischi maggiori in termini di povertà, salute precaria e scarso rendimento scolastico. In Italia, il dato epidemiologico delle gravidanze in età adolescenziale è desumibile dai rapporti ISTAT¹⁵. Nel 2014 le nascite da madri minorenni sono state lo 0,4% (1.981) del totale delle nascite (502.596), percentuale che sale all’1,56% se consideriamo le madri di età inferiore ai 20 anni. È maggiore nelle Regioni meridionali e nelle madri di origine straniera. Il numero delle adolescenti che concepiscono è naturalmente più elevato se consideriamo anche l’interruzione spontanea o volontaria della gravidanza: il tasso nazionale di abortività nelle minorenni, negli anni 2000-2012, è infatti pari allo 0,41-0,5%.

¹¹ Le Regioni con un disavanzo economico in Sanità molto alto, come Campania e Lazio, sono state sottoposte in questi anni, da parte del Governo, al Commissariamento con l’obiettivo prioritario della riduzione del deficit, non accompagnato però dal mantenimento dei LEA.

¹² Per un approfondimento, si veda oltre par. 4 - “Il diritto dei bambini alla continuità e qualità delle cure”.

¹³ Fonte: Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l’Enfant (CNNSE), *Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité*, 2013. Per il rapporto completo, si veda: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf

¹⁴ Sul modello francese, come da nota precedente.

¹⁵ Cfr. <http://www.istat.it/it/archivio/174864>



La salute dell'infanzia e la prevenzione, così come la promozione della salute, sono sì influenzate dalle condizioni sociali ed economiche dei genitori, ma anche dai loro comportamenti educativi e dalle loro capacità di cura. Su questi ultimi due aspetti, il sistema socio-sanitario può incidere in maniera significativa attraverso l'informazione-formazione dei genitori, anche con gruppi di pari, mediante gli operatori di prossimità, l'*home visiting* e la facilitazione dell'accesso ai servizi.

Nel IV PNI è fortemente sottolineata la necessità del sostegno alla genitorialità, nei diversi contesti di vita, e del sistema dell'accoglienza dei minorenni allontanati dalla famiglia di origine, lungo l'asse della promozione, prevenzione e protezione dell'infanzia.

Dal concepimento al compimento del secondo anno di vita

Quello dei cosiddetti "primi 1000 giorni" è considerato l'arco temporale cruciale per la salute degli individui, a breve, medio e lungo termine, perché gli interventi, anche di prevenzione e promozione della salute, attuati in questo periodo hanno la maggiore efficacia e il rapporto costi-benefici migliore.

Sarebbe quindi necessario cominciare a pensare un **Sistema integrato di accoglienza e sostegno, in favore dei nuovi nati**, così costituito:

- Raccordo delle prestazioni dal concepimento al terzo anno di vita e monitoraggio delle gravidanze,
- Accoglienza psico-socio-sanitaria durante la gravidanza, anche attraverso il rafforzamento quali-quantitativo dei Consulteri Familiari, su tutto il territorio nazionale;

- Accoglienza psico-socio-sanitario-educativa in tutti i punti nascita pubblici e privati;
- Dimissione socio-sanitaria protetta per tutti i nati e attivazione dei servizi territoriali di residenza per le madri;
- Interventi di sostegno ai nuclei familiari, secondo una prospettiva omogenea e con intensità proporzionale ai bisogni, che assolvano sia all'informazione¹⁶, sia all'accompagnamento mediante progetti personalizzati, per i nuclei familiari in difficoltà e/o a rischio di esclusione sociale; tali progetti di tipo socio-sanitario- educativo dovranno essere concordati con le famiglie, anche a mezzo di visite domiciliari e attraverso operatori di prossimità, e dovranno essere definiti da un'apposita équipe multidisciplinare territoriale;
- Promozione dei programmi di informazione e sensibilizzazione, che consentano a genitori, operatori sanitari ed educatori una lettura psicologica delle alterazioni del comportamento alimentare dei bambini;
- Promozione di azioni volte ad offrire un sostegno psicologico alla genitorialità, alle coppie e alle mamme extracomunitarie, al fine di prevenire la dispersione del legame sociale, e dunque l'isolamento tipico delle città metropolitane, e di favorire la difficile conciliazione famiglia-lavoro.

Prevenzione malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono in relazione causale con i determinanti distali (reddito, lavoro, abitazione, contesti di vita) e prossimali (comportamenti, abitudini, stili di vita) della

¹⁶ Si veda il progetto, nell'ambito del Programma "Genitori più", denominato "Sistema di sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai due anni di vita" e finanziato dal Ministero della Salute. Si tratta di una linea di azione consolidata che dovrebbe essere estesa a

tutto il territorio nazionale. Cfr. <http://www.genitoripiù.it/pagine/progetto-sorveglianza-zero-due/progetto>. La realizzazione di un sistema di sorveglianza dei bambini 0/2 anni permetterebbe inoltre di completare l'insieme delle sorveglianze già attive, affiancando i sistemi OKkio alla Salute, HBSC, Passi e Passi d'Argento.



salute. Ridurre quindi il carico dei fattori di rischio, che si accumulano durante la vita di ciascun individuo, ha un effetto diretto di contrasto alle malattie croniche, che nel mondo occidentale rappresentano la principale causa di morte e disabilità.

Di qui la necessità che la prevenzione e la promozione della salute, anche in merito a queste patologie, parta anticipatamente, fin dalla gravidanza, e perduri in età infantile e nell'adolescenza. È sufficiente pensare all'utilità del latte materno nel prevenire l'obesità, i problemi cardiovascolari, l'osteoporosi e alcuni tipi di neoplasie materne.

Purtroppo, è necessario ribadire, anche in questo Rapporto, che la prevenzione e la promozione della salute in età pediatrica hanno inspiegabilmente una presenza ridotta nell'ultimo **Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018**. Infatti, sono soltanto tre gli obiettivi strategici relativi all'infanzia e all'adolescenza: il primo riguarda la promozione del benessere mentale in bambini, adolescenti e giovani, poiché i primi anni di vita risultano cruciali per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi affini (fino al 50% delle patologie psichiatriche dell'adulto iniziano prima dei 14 anni di età e, in particolare, un terzo delle persone che soffrono di depressione clinica – uno dei problemi più comuni nell'Unione Europea – ha avuto un esordio prima dei 21 anni); il secondo obiettivo riguarda gli incidenti; il terzo si focalizza sulla prevenzione delle malattie infettive e sulle vaccinazioni. Va segnalato che nel Piano ci sono una forte attenzione alle disuguaglianze e un approccio diffuso *life course*, che però hanno ancora necessità

di tramutarsi da principi in strategie operative.

Le vaccinazioni

Le vaccinazioni sono certamente uno dei più importanti strumenti di prevenzione a disposizione della sanità pubblica. Gli ultimi dati dell'Istituto Superiore di Sanità, pubblicati dal Ministero della Salute e relativi al 2013/2014¹⁷, indicano **un tasso di vaccinazione inferiore agli obiettivi minimi previsti**. Scendono, infatti, al di sotto del 95%, le vaccinazioni per poliomielite, tetano, difterite ed epatite B e la percentuale si riduce ulteriormente per le vaccinazioni contro il morbillo, la parotite e la rosolia, raggiungendo una copertura dell'86% e diminuendo di oltre 4 punti percentuali rispetto all'anno precedente¹⁸. Nel quinquennio 2008-2013, sono stati oltre 358.000 i bambini non vaccinati per morbillo, parotite e rosolia (vaccino MPR). Questa tendenza alla diminuzione si registra ovunque sul territorio nazionale. Il Piano nazionale per **l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 (PNEMoRc)**¹⁹, sancito come Accordo Stato-Regioni del 13 novembre 2003 e aggiornato con l'Intesa del 23 marzo 2011, individua il raggiungimento di una copertura vaccinale di almeno il 95% sia per la prima dose (da rilevare con le coperture a 24 mesi), sia per la seconda dose. Invece, **nessuna Regione ha raggiunto il 95% di copertura** e soltanto il Piemonte registra il 90% nella somministrazione della prima dose; mentre per la seconda si attestano al 90%, oltre al Piemonte, anche Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria.

¹⁷ Per i dati sulle coperture vaccinali in età pediatrica, si veda lo storico delle varie annualità del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20

¹⁸ La media nazionale in un solo anno è scesa dal 90% del 2013, a poco più dell'86% nel 2014 per la prima dose; e dall'84%, all'82% per la seconda dose.

¹⁹ Per il testo del Piano, si veda:

http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=6933647.pdf; per il testo dell'Accordo del 13 novembre 2003, si veda: http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=4088749.pdf; per il testo dell'Intesa del 23 marzo 2011, si veda: http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=2037292.pdf



La copertura per l'*Haemophilus influenzae* di tipo B (Hib), che figura tra le vaccinazioni raccomandate, è rimasta sostanzialmente invariata rispetto al dato del 2013 (94,5%). Ciò in ragione del fatto che in Italia quasi tutti i bambini ricevono automaticamente un vaccino esavalente, che oltre ai quattro vaccini obbligatori contiene anche quelli per l'*Haemophilus* di tipo B (Hib) e la pertosse.

Un'analisi retrospettiva delle coperture nazionali dal 2000 al 2014 evidenzia la presenza di due fasi temporali: il periodo 2000-2012, con coperture in sostanza stabili ad eccezione di quelle per l'Hib e il morbillo, per le quali si registra un incremento fino al 2007; il periodo 2012-2014, in cui si evidenzia un decremento di tutte le coperture vaccinali, ma più accentuato per MPR. L'analisi Regione per Regione non evidenzia sostanziali differenze. Tuttavia, l'entità del decremento relativo, nel periodo 2012-2014, appare maggiore nelle Marche, in Abruzzo e Valle d'Aosta e, nel caso del morbillo, anche in Puglia. I dati del 2014 confermano che **il calo registrato a partire dal 2012** non è una flessione temporanea, ma una tendenza che sembra consolidarsi di anno in anno.

Questa situazione, che tende progressivamente a peggiorare, rischia di avere gravi conseguenze sia sul piano individuale, sia su quello collettivo, poiché scendere sotto le soglie minime significa perdere via via la protezione della popolazione nel suo insieme e aumentare contemporaneamente il rischio che bambini non vaccinati si ammalino, che si verifichino epidemie importanti, che malattie da anni cancellate mediante la protezione dei vaccini non siano riconosciute e trattate in tempo. Va ribadita l'importanza della scelta vaccinale non

solo nei confronti della propria salute, ma come insostituibile **protezione nei confronti della comunità** e, in particolare, di chi in quella comunità non può effettuare l'intervento in modo diretto (pazienti in trattamento chemioterapico o trattati con farmaci biologici). La Corte Costituzionale ha chiarito, con specifico riferimento all'inadempimento vaccinale, che "la potestà dei genitori nei confronti del bambino è, infatti, riconosciuta dall'art. 30, primo e secondo comma, della Costituzione non come loro libertà personale, ma come diritto-dovere che trova nell'interesse del figlio la sua funzione ed il suo limite. E la Costituzione ha rovesciato le concezioni che assoggettavano i figli ad un potere assoluto ed incontrollato, affermando il diritto del minore ad un pieno sviluppo della sua personalità e collegando funzionalmente a tale interesse i doveri che ineriscono, prima ancora dei diritti, all'esercizio della potestà genitoriale. È appunto questo il fondamento costituzionale degli artt. 330 e 333 cod. civ., che consentono al giudice – allorché i genitori, venendo meno ai loro obblighi, pregiudicano beni fondamentali del minore, quali la salute e l'istruzione – di intervenire affinché a tali obblighi si provveda in sostituzione di chi non adempie²⁰".

È necessario quindi che gli operatori siano in grado di far comprendere che la mancata vaccinazione crea un rischio enormemente più alto rispetto a quello temuto di eventuali effetti collaterali.

Il servizio vaccinale deve essere messo in grado di comunicare dati e fatti sulla sicurezza dei vaccini: a tale scopo, l'intero sistema della sorveglianza post-marketing deve essere rafforzato, se non ristrutturato. La causa del crescente

²⁰ Ci si riferisce alla pronuncia della Corte Costituzionale n. 132 del 27 marzo 1992. L'analisi della stessa è stata approfondita in Altieri, G. (2015), "I rimedi giurisdizionali contro

la esitazione vaccinale", in *Questione Giustizia* del 10 dicembre 2015. Per il testo completo, si veda: http://questionegiustizia.it/articolo/i-rimedi-giurisdizionali-contro-la-esitazione-vaccinale_10-12-2015.php.



aumento di rifiuti parentali a eseguire le necessarie vaccinazioni è da attribuirsi a un insieme di fattori: la circolazione di informazioni sbagliate in Internet, le campagne dei gruppi antivaccinisti, i genitori supponenti che non danno retta ai consigli dei medici, il personale sanitario poco motivato, i tagli di budget alla Sanità. Eppure, i vaccini sono fra i prodotti farmaceutici più severamente controllati al mondo e sono quelli a possedere i più elevati profili di sicurezza, essendo disegnati per la somministrazione di massa a una popolazione sana e potenzialmente fragile come neonati e anziani. Tra i fattori deterrenti della vaccinazione, va menzionata anche una nutrita letteratura di studi indipendenti, condotti da enti di ricerca, per indagare su eventuali eventi avversi; un caso tra tutti: il falso allarme su un presunto legame fra vaccino morbillo-parotite-rosolia e autismo. È inammissibile che un operatore sanitario pubblico, in scienza e coscienza, possa avanzare dubbi sull'efficacia e sull'opportunità dei vaccini, trattandosi di un atto che ha anche un valore etico per la tutela della salute pubblica. Spetta dunque agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale ristabilire per primi questa memoria e difenderla dalle campagne denigratorie che mettono a rischio la salute di tutti e con ciò il valore più alto del loro stesso lavoro quotidiano.

Il nuovo **Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV), per il biennio 2016-2018**²¹, è stato approvato il 5 novembre 2015 dalle Regioni. Tre le principali novità previste, rispetto al Piano precedente del 2012-2014, segnaliamo:

1) Introduzione nel calendario delle vaccinazioni di nuovi vaccini per l'età pediatrica, in particolare contro varicella, rotavirus e meningococco di tipo B, ed

estensione anche ai maschi adolescenti della vaccinazione contro il papilloma virus (HPV);

2) Proposta di introdurre un obbligo (reale) di vaccinazione per chi si iscrive alla scuola elementare;

3) Proposta di eventuali sanzioni per i medici del Servizio Sanitario Nazionale che non forniscono sufficiente supporto alle vaccinazioni o addirittura le sconsigliano.

Un'altra modalità, "indiretta" ma altrettanto efficace e molto innovativa, è quella di promuovere durante la gravidanza la vaccinazione antinfluenzale e antipertosse, fra la 27° e la 34° settimana di gestazione; si tratta di un intervento privo di rischi e molto efficace nell'evitare la malattia al neonato, in quel periodo (6-8 settimane di vita) in cui non potrebbe essere sottoposto utilmente all'immunoprofilassi.

Altro tema che merita attenzione riguarda **il vaccino contro il papilloma virus (HPV)**, somministrato gratuitamente a tutte le adolescenti italiane, laddove per i coetanei maschi è gratuito soltanto in 5 Regioni (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Calabria, Puglia e Sardegna), mentre in Sicilia e in Liguria è in *copayment* e nelle restanti Regioni è a carico delle famiglie. I dati relativi alle coorti di nati nel quadriennio 1997-2000 si attestano su una copertura pari al 74-75% per almeno una dose di vaccino, e al 70-71% per il ciclo completo; circa il 4% delle ragazze non ha completato il ciclo vaccinale. I risultati ottenuti evidenziano un'ampia variabilità di copertura completata, tra le Regioni e per tutte le coorti: il 27-86% per la coorte 1997, il 27-84% per la coorte 1998, il 28-82% per la coorte 1999, il 31-82% per la coorte 2000.

²¹ Per maggiori informazioni è possibile consultare il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale online: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1955037.pdf>



Pertanto il **Gruppo CRC** raccomanda:

1. Al Ministero della Salute e alle Regioni di migliorare la comunicazione sia a livello nazionale, sia a livello locale, per restituire fiducia nelle vaccinazioni e credibilità alle istituzioni sanitarie, contrastando le informazioni inattendibili (Livelli Essenziali di Assistenza socio-assistenziale – LIVEAS);

2. Al Ministero della Salute, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e alle Regioni di emanare indicazioni per: l'iscrizione delle gestanti presso le strutture di maternità pubbliche o private, fin dal momento del concepimento, e l'istituzione di un registro territoriale delle gravidanze, presso i distretti socio-sanitari, che costituisca debito informativo per i sistemi di sorveglianza regionali e nazionali; il monitoraggio delle gravidanze, affinché sia garantita l'informazione alle gestanti e ai nuclei familiari sulle opportunità e sulle tipologie di assistenza sanitaria e socio-sanitaria disponibili per una gravidanza sicura; l'accoglienza psico-socio-sanitaria durante la gravidanza, anche attraverso una promozione quali-quantitativa dei Consultori Familiari, che sia omogenea sul territorio nazionale; l'accoglienza psico-socio-sanitario-educativa in tutti i punti nascita pubblici o privati; la dimissione socio-sanitaria protetta per tutti i nati e l'attivazione dei servizi territoriali di residenza per le madri;

3. Al Ministero della Salute, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e alle Regioni di garantire che i servizi territoriali socio-sanitari-educativi realizzino su tutto il territorio nazionale, anche attraverso la costituzione di équipes multidisciplinari territoriali, i seguenti obiettivi: la promozione e la valorizzazione di progetti personalizzati di tipo socio-

sanitario-educativo, per i nuclei familiari in difficoltà o a rischio di esclusione sociale, concordati con gli stessi interessati anche mediante visite domiciliari e operatori tutoriali; il tutoraggio e l'accompagnamento, anche domiciliare, per i nuclei familiari in difficoltà o a rischio di esclusione sociale, attraverso operatori di prossimità di formazione socio-sanitaria-educativa, in numero adeguato per ciascun territorio.